



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
64-500 Szamotuły, ul. Sukiennicza 13, tel. (0-61) 29 27 100 , FAX (061)29 27 102 ,
REGON 000553822
SZPITAL POWIATOWY - 01
ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

Formularz świadomej zgody na drenaż lub/i nakłucie worka osierdziowego

Imię i nazwisko.....

PESEL/data urodzenia.....

Cel nakłucia worka osierdziowego (wypełnia lekarz)

pilne odbarczenie tamponady serca

odbarczenie worka osierdziowego z powodu zagrożenia tamponadą

diagnostyczne pobranie płynu z worka osierdziowego

Wskazania do zabiegu nakłucia worka osierdziowego

- narastający płyn w worku osierdziowym (krwiak, wysięk, przesiek)
- ostra niewydolność krążenia spowodowana tamponadą serca
- diagnostyczne pobranie materiału w ramach diagnostyki różnicowej (bardzo rzadko)

Opis zabiegu

Badanie polega na tym, że w powłoce tkankowej ściany klatki piersiowej umieszczana jest sterylna igła do punkcji.

Wprowadzana jest na taką głębokość, aby móc pobrać **płyn osierdziowy** do dalszych badań. Na pobranym płynie przeprowadzane są szczegółowe badania, tzn. fizykochemiczne, **bakteriologiczne** lub cytologiczne. Badanie stwierdza między innymi, czy pobrany płyn nie powstał wskutek wystąpienia stanu zapalnego w organizmie. Czasami punkcja osierdzia stosowana jest w celach leczniczych, tzn. dzięki niej następuje usuwanie nadmiernej ilości płynu,, aby umożliwić prawidłowe funkcjonowanie serca.

Przeciwwskazania bezwzględne – przeciwwskazań medycznych brak

Przeciwwskazaniem bezwzględnym jest nie wyrażenie zgody pacjenta na zabieg.

Przeciwwskazania względne:

- zaburzenia krzepnięcia,
- urazy,
- zakażenie w okolicy planowanego wkłucia,
- odwodnienie, infekcja w miejscu planowanego wkłucia,
- nieprawidłowa anatomia (np. deformacje, guzy, wcześniejsze urazy, brak możliwości właściwego ułożenia),
- infekcja w miejscu planowanego wkłucia.

Informacja o możliwych powikłaniach:

Do powikłań wpisanych w ryzyko zabiegu zalicza się m.in.:

- przebicie naczyń międzyżebrowych; uszkodzenie dużych naczyń śródpiersia
- przebicie płuca oraz odma opłucnowa.
- perforacja ściany serca
- przebicie wątroby
- zgon w wyniku powikłań



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
64-500 Szamotuły, ul. Sukiennicza 13, tel. (0-61) 29 27 100 , FAX (061)29 27 102 ,
REGON 000553822
SZPITAL POWIATOWY - 01
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Badanie może być wykonywane w każdym wieku, a także u kobiet w ciąży, ale bez poprzedzającego badania radiologicznego.

Imię i nazwisko Pacjenta (nalepka)

Oświadczam, że:

- udzieliłam/-em lekarzowi wszystkich informacji o stanie mojego zdrowia mogących mieć znaczenie dla przeprowadzanego zabiegu nakłucia worka osierdziowego, że przekazane informacje są zgodne z prawdą,
- zostałam/-em poinformowana/y o nakłuciu worka osierdziowego celowości, przewidywanym czasie trwania, jego charakterze, sposobie przeprowadzenia proponowanego zabiegu,
- poinformowano mnie o możliwości wystąpienia i rodzajach powikłań proponowanego zabiegu oraz o jego następstwach,
- miałam/-em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu, udzielono mi zrozumiałych i wyczerpujących odpowiedzi,
- wyrażam zgodę na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, w tym na torakotomię (otwarcie klatki piersiowej)
- zostałam/-em poinformowana/y o możliwych konsekwencjach nie wykonania powyższego zabiegu nakłucia osierdza
- stwierdzam, że w trakcie rozmowy z lekarzem zostały mi udzielone odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu nakłucia osierdza i dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) a uzyskane informacje były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący,
- zostałam/am poinformowany/a o konieczności i celowości wykonania niezbędnych badań przed proponowanym zabiegiem nakłucia osierdza, i wyrażam świadomą zgodę na ich wykonanie

Mając na uwadze powyższe, ja, niżej podpisany/a, wyrażam świadomą zgodę na wykonanie opisanej wyżej procedury nakłucia worka osierdziowego.

Data, podpis pacjenta

Oświadczam, iż poinformowałem przedstawiciela ustawowego/pacjenta o planowanym zabiegu nakłucia worka osierdziowego i sposobie jego przeprowadzenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek nakłucia worka osierdziowego, a także poinformowałem przedstawiciela ustawowego/ pacjenta o wszystkich dostępnych i znanych metodach leczenia oraz ich skutkach, w tym metodach stosowanych w innych placówkach leczniczych.

Data i podpis, pieczęć lekarza kwalifikującego na zabieg

Ze względu na stan zdrowia Pacjenta/ki nie można uzyskać świadomej zgody na proponowany zabieg, a jego wykonanie jest konieczne ze względu na stan zdrowia i jest niezbędny do dalszego udzielania świadczeń medycznych.

.....

.....